

обезвоживания, а также связано с проведением регидратации в ранние сроки заболевания.

Изменения копрограммы соответствовали поражению тонкой кишки. Как правило, это были явные признаки нарушенного переваривания и всасывания в виде большого количества нейтрального жира, жирных кислот (с вирусной инфекцией – 62% от общего числа больных, со смешанной – 39%). В тоже время, значимое количество слизи, примесь лейкоцитов наблюдалась у 26% больных с вирусной инфекцией и 21% - со смешанной. Наблюдалось изменение биоценоза в обеих группах: у 12% больных вирусной инфекцией отмечалась йодосодержащая флора, смешанной -8%. Дрожжи отмечались у 5% больных вирусной инфекцией, у смешанной – 9%.

#### **Выводы:**

1. У детей раннего возраста смешанные кишечные инфекции чаще всего обусловлены энтеральными вирусами и представителями условно-патогенной флоры, чаще всего клебсиеллами, стафилококками, эшерихиями с патогенными свойствами.

2. Основными симптомами вирусных и смешанных кишечных инфекций были острое начало, лихорадка, рвота, частый жидкий стул, вздутие живота и метеоризм.

3. Показатели общего анализа крови в исследуемых группах не выходят за пределы референтных значений. Полученные данные в двух группах существенными различиями не обладали.

4. В копрограмме были явные признаки нарушенного переваривания и всасывания в виде большого количества нейтрального жира, жирных кислот, а также изменение биоценоза.

#### **Список литературы:**

1. Классификация острых кишечных инфекций у детей по типу диареи, критерии диагностики и лечение: учеб. пособие для врачей / под ред. В.Ф. Учайкин — М.: «Литера-К», 2004. — 32 с.

2. Карпов И.А. Диагностика и лечение острых кишечных инфекций/ И.А. Карпов, А.А. Атапов, Н.С. Себут // Инструкция по применению – 2003. - №94. – С. 7-14.

3. Ротавирусная инфекция у детей: особенности клинического течения, диагностические подходы и тактика терапии: учеб. пособие для врачей / под ред. О.В. Тихомирова, Н.В. Сергеева – СПб.: Наука, 2005. – 215 с.

4. Чащина С.Е., Острые кишечные инфекции в практике участкового педиатра / С.Е. Чащина, А.У. Сабитов - Екб., 2010.

5. Вирусные инфекции детского возраста: учеб. пособие: / под ред. А. У. Сабитова. - Екатеринбург: УГМУ. 2013. - 357 с.

УДК 578.833.25

**Радостина П.А., Лукьянова В.А., Краснова Е.И.**

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИХОРАДКИ ДЕНГЕ**

Кафедра инфекционных болезней и клинической иммунологии

Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Российская Федерация

**Radostina P.A., Lukyanova V.A.**

**Clinical features of dengue fever.**

**DEPARTMENT OF INFECTIOUS DISEASES AND CLINICAL  
IMMUNOLOGY**

Ural state medical university

Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: polinaradostina@gmail.com

**Аннотация.** В статье рассмотрены зарегистрированные случаи с предварительным диагнозом лихорадка денге и малярия в инфекционном стационаре ГКБ №40 города Екатеринбурга в период с 27.06.2014 г. по 10.09.2018 г. Проанализированы истории болезни 10 пациентов с подтвержденным диагнозом лихорадка денге.

**Annotation.** The article deals with registered cases with preliminary diagnoses of dengue fever, malaria in the infectious disease unit of the city hospital № 40 of Yekaterinburg from June 27, 2014, to September 10, 2018. The case histories of 10 patients with a confirmed diagnosis of dengue fever were analyzed.

**Ключевые слова:** лихорадка денге, завозные инфекции, малярия

**Key words:** Dengue fever, imported infections, malaria

### **Введение**

В связи с увеличением количества поездок за рубеж жителей Свердловской области, возросло число инфекционных заболеваний нехарактерных для данного региона (малярия, лихорадка денге и т.д.). Диагностика этих инфекций затруднена [3].

Лихорадка денге относится к арбовирусным инфекциям, вызывается вирусом рода Flavivirus [5]. Источники инфекции: больной человек, обезьяны, летучие мыши [3]. Переносчиком являются комары рода Aedes [5]. Лихорадка денге широко распространена в Южной и Юго-Восточной Азии, странах Африки, Центральной и Южной Америке, странах Океании и Австралии [1].

В настоящее время выделяют 3 фазы в течении лихорадки денге: фебрильная, критическая и восстановления. Разделение заболевания на стадии определяется клиническими симптомами и отражает патогенетическую цепочку, что позволяет выбрать необходимую лечебную тактику [2].

**Цель исследования** - Проанализировать все случаи с предварительным диагнозом лихорадка денге, малярия. У 10 пациентов с клиническим диагнозом

лихорадка денге оценить эпидемиологические, клинические особенности заболевания.

### **Материалы и методы исследования**

Был проведен ретроспективный анализ медицинской документации: журналов приемного отделения и 10 историй болезни пациентов с верифицированным диагнозом лихорадки денге, проходивших лечение в инфекционном стационаре ГKB №40. Данные были обработаны с помощью программы Microsoft Excel.

### **Результаты исследования и их обсуждения**

В период с 2014 по 2018 г. в стационаре инфекционного корпуса ГKB №40 проходило лечение 36 пациентов с завозными инфекциями: лихорадка денге (ЛД) – 26 больных (72,2%), малярия – 10 больных (27,8%). ЛД была зарегистрирована у 5 больных в 2014 году, в 2015 – 8, в 2016 – 2, в 2017 – 8, 2018 – 3. Малярия диагностировалась у 1 больного в 2014 году, в 2015 у 4, в 2017 у 4, в 2018 у 1 пациента. Число больных мужского пола составило 13 человек: ЛД – 6, малярия – 7. Число больных женского пола – 23: ЛД – 20 человек, малярия – 3 человека (таблица 1). Наибольшее количество выявленных случаев завозных инфекций приходилось на период с ноября по январь (18 случаев) и май (5 случаев). Средний возраст больных составил 36,5 лет (ЛД – 34,7; малярия – 41,55).

Таблица 1.

Лихорадка денге			Малярия		
	Диагноз	Из них подтвержден:			
При поступлении (предварительный)	25	19			8
Поставлен в стационаре	7	7			2
		ж	м	всего	ж м всего
	32	20	6	26	18 3 7 10

### **Распределение случаев лихорадки денге и малярии на догоспитальном этапе и на этапе стационара**

Из 26 зарегистрированных и подтвержденных клинически случаев заболевания лихорадкой денге за период с 27.06.2014 г. по 10.09.2018 г. в ГKB №40 г. Екатеринбург были проанализированы 10 историй болезни. Верифицированные случаи ЛД были связаны с посещением Тайланда (3), Вьетнама (5), Филиппин (1), Индии (1). У 6 человек в эпиданамнезе отмечаются укусы комаров, у 1 пациента укус обезьяны. В среднем сроки пребывания пациентов в эндемичных районах составляли от 7 до 30 дней. Клинические

проявления развивались не позднее 2 дней после прибытия в РФ. 2 человека обращались за медицинской помощью в местах отдыха.

На догоспитальном этапе проводилась дифференциальная диагностика с ОРВИ, клещевым энцефалитом, краснухой, малярией, менингитом.

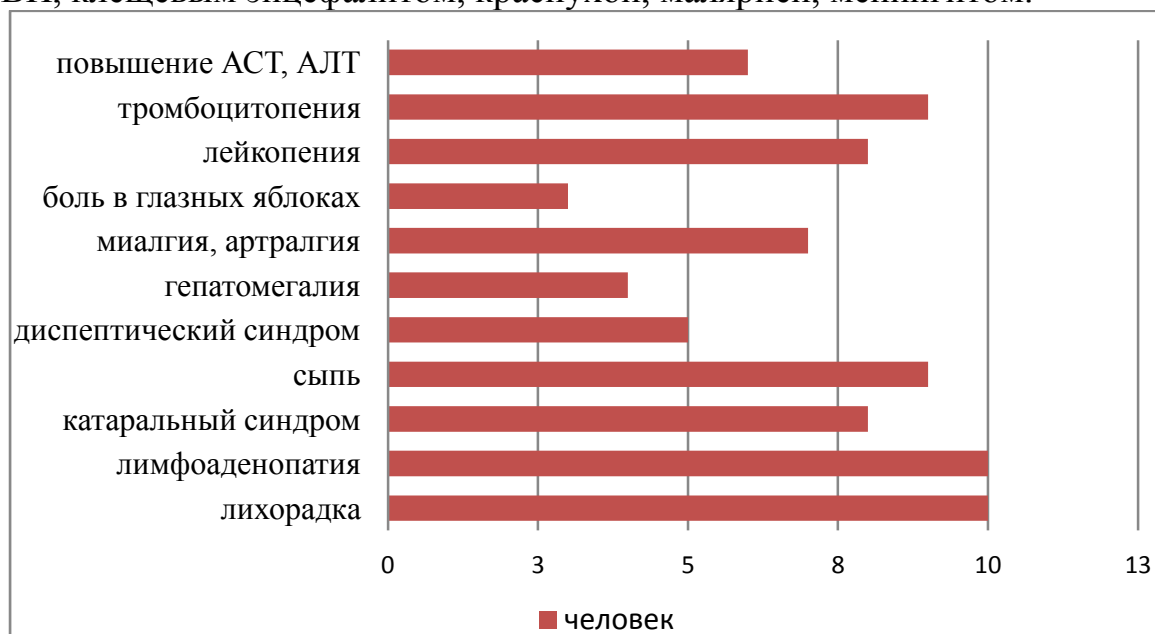


Рис. 1. Основные клинические проявления и их частота у больных ЛД

Лихорадочно-интоксикационный синдром наблюдался у всех (10) больных. Лихорадка начиналась остро с подъемом температуры до 40 °С (38,7°С в среднем), продолжительность в среднем составляла 6 дней. Во время лихорадочного периода пациенты жаловались на головную боль (4 человека) и боль в глазных яблоках (3 человека) (рисунок 1). Наши результаты совпадают с данными других исследований, указывающими на то, что двухволновая лихорадка, считавшаяся ранее классическим проявлением ЛД, в настоящее время встречается редко [4].

Экзантема в виде пятнисто-папулезной сыпи ярко-красного цвета была выявлена у 9 больных. Основная локализация – живот, грудь, верхние и нижние конечности. У 3 человек отмечался кожный зуд. У 2 человек имелась тенденция к сливанию сыпи (рисунок 1).

Лимфаденопатия наблюдалась у всех (10) больных на протяжении всего периода заболевания (рисунок 1). Наиболее часто увеличивались подчелюстные, передние и задние шейные, затылочные лимфоузлы до 3 см, при пальпации безболезненны.

Катаральный синдром проявлялся в виде гиперемии зева, першения в горле, несильного кашля, насморка у 8 больных (рисунок 1).

Миалгии, артралгии отмечались у 7 человек, симптомы угасали после снижения температуры (рисунок 1).

Жалобы на диспепсические явления (тошнота, рвота, послабление стула) предъявляли 5 человек, чаще беспокоили в первые дни заболевания (рисунок 1).

При объективном осмотре была выявлена гепатомегалия до 2 см ниже реберной дуги у 4-х человек (рисунок 1).

По данным лабораторных анализов на момент поступления была выявлена лейкопения у 8 человек, от  $1,84$  до  $4,44 \cdot 10^9$ /л, в среднем  $3,14 \cdot 10^9$  /л. У 9 пациентов отмечалась тромбоцитопения от  $60 \cdot 10^{12}$ /л до  $230 \cdot 10^{12}$ /л, в среднем  $139,3 \cdot 10^{12}$ /л. Повышение печеночных трансаминаз было выявлено у 6 человек, средние значения АСТ 111,3 Ед/л, АЛТ 78,6 Ед/л (рисунок 1).

#### **Выводы:**

1. В связи с ростом международного туризма и поездками российского населения в тропические страны увеличилось количество заболевших завозными инфекциями, в том числе лихорадкой денге и малярией. Также это может быть обусловлено миграцией в РФ иностранных граждан.

2. Диагностика завозных инфекций, в частности лихорадки денге, на догоспитальном этапе затруднена. У врачей нет настороженности в отношении тропических инфекций, не учитывается эпидемиологический анамнез. На этапе стационара затруднена лабораторная диагностика в связи с отсутствием должного оснащения. В условиях стационара диагноз лихорадки денге был поставлен 7 больным (26,9%). Им на догоспитальном этапе проводилась диагностика других инфекционных заболеваний. Для малярии этот показатель составил 20%.

4. Лихорадкой денге чаще заболевали мужчины, а малярией женщины. Наибольшее число выявленных случаев ЛД приходилось на зимние месяцы, что связано с активным выездом граждан РФ в страны Юго-Восточной Азии именно в этот период.

5. У больных лихорадкой денге выделяются следующие характерные проявления: лихорадочно-интоксикационный синдром, экзантема, лимфаденопатия, катаральный синдром, миалгии, артралгии, диспепсические явления, гепатомегалия и лабораторные проявления в виде лейкопении, тромбоцитопении, повышении печеночных трансаминаз.

6. Ни у кого из исследуемых больных не встречалась двухволновая лихорадка. Почти у всех больных отмечался геморрагический синдром.

#### **Список литературы:**

1. Бронштейн А.М. Тропические болезни и медицина болезней путешественников: учебник / А.М. Бронштейн – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 528 с.

2. Зверева Н.Н. Лихорадка денге в практике врача скорой медицинской помощи / Н.Н.Зверева, В.А.Кадышев, Р.Ф.Сайфуллин, С.В.Сметанина, М.А.Сайфуллин // Архивъ внутренней медицины. – 2018. - Т.8. - №6. – С. 430-437.

3. Роспотребнадзор. О ситуации с лихорадкой денге в мире [Электронный ресурс]. // URL:

[http://rospotrebnadzor.ru/about/info/news/news\\_details.php?ELEMENT\\_ID=11165](http://rospotrebnadzor.ru/about/info/news/news_details.php?ELEMENT_ID=11165)  
(дата обращения: 14.02.2019 г.).

4. Сайфуллин М.А. Завозные случаи лихорадки денге в Москве в 2009-2011 гг.: особенности клиники и лабораторных показателей / М.А. Сайфуллин, В.Ф.Ларичев, Ю.А.Акиншина, Н.В.Хуторецкая, А.М. Бутенко, Н.А. Малышев // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2012. - №6. - С. 29-35.

5. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни: учебник для студентов медицинских вузов / Е.П. Шувалова, Е.С. Белозеров, Т.В. Беляева, Е.И. Змушко. – 7-е изд., испр. и доп. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2015. – 727 с.

УДК 616.92.93

**Нуртдинова В.К., Титова В.А.  
ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК ЛИХОРАДКИ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА**

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций  
Тюменский государственный медицинский университет  
Тюмень, Российская федерация

**Nurtdinova V.K., Titova V.A.  
DIAGNOSTIC FINDING OF FEVER OF UNKNOWN ORIGIN**

Department of Infectious diseases  
Tyumen State Medical University  
Tyumen, Russian Federation

E-mail: veronika\_knjaz@mail.ru

**Аннотация.** Лихорадка неясного генеза, является междисциплинарной проблемой, поскольку клиническая практика показывает, что для постановки диагноза требуется совместный подход специалистов разного профиля. В статье освещены результаты ретроспективного анализа 35 историй болезни пациентов госпитализированных в ГБУЗ ТО Областную инфекционную клиническую больницу г. Тюмени в период за 2016-2018 гг. Выделено 3 группы пациентов с диагнозом: лихорадка неясного генеза, вероятно индуцированная инфекционной патологией; лихорадка неясного генеза, вероятно индуцированная соматической патологией; лихорадки причину которых расшифровать не удастся, несмотря на тщательное обследование с использованием информативных методов. Проведен анализ жалоб, клинического осмотра и лабораторных данных в выделенных группах. В работе отражены экономические затраты на диагностический поиск пациентов с диагнозом лихорадка неясного генеза.

**Annotation.** Fever of an unclear origin is an interdisciplinary problem, since clinical practice shows that diagnosing requires a collaborative approach of